

DAI
CONGRESSI**15th International Meeting
of the European Society of
Gynaecological Oncology
(ESGO)***Berlino, 28 ottobre – 1 novembre 2007***Cancro dell'endometrio?
Perché non il robot?**

Nel giro di alcuni anni, i ginecologi sono passati dall'operazione di Weetheim alla tele-celiocirurgia, in particolare con il robot Da Vinci, che permette una maggiore precisione (6 assi di rotazione, senza effetto braccio di leva e con riduzione dei movimenti del braccio) e una maggiore ergonomia (strumenti nell'asse visivo ed utilizzabili indifferentemente da un mancino o da un destrimano).

Per sapere se questo robot poteva essere utilizzato in oncologia ginecologica, e più particolarmente in caso di cancro dell'endometrio, rendendo possibile una stadiazione del tumore, un gruppo di Anversa ha confrontato i risultati ottenuti in 11 pazienti operate con questa tecnica, 11 con la laparoscopia classica (LC), e 17 con la chirurgia a cielo aperto (CA).

Ne è risultato che questo metodo sembra non solo affidabile, ma anche vantaggioso in termini di sanguinamento [50 mL in media, contro 200 mL nella LC ($P<0,05$) e 300 mL nella CA ($P<0,05$)] e di durata del decorso postoperatorio in condizioni di ricovero [3 giorni contro 5 nella LC e 8,5 ($P<0,01$) nella CA]. Tuttavia, la durata dell'intervento è più lunga [4,45 ore contro 2,52 nella LC ($P<0,01$) e 2,05 ore nella CA ($P<0,01$)] e il costo elevato (5.107 € contro 4.400 € nella LC e 4.912 € nella CA).

(Van Dam P, et al. *Robotic assisted minimal invasive surgery for endometrial carcinoma of the uterus compared with laparoscopic and abdominal surgery*).

**Aumentato rischio di tumori
ginecologici dopo un cancro
della mammella**

Un antecedente di cancro della mammella esporrebbe a un aumentato rischio di cancro ginecologico primitivo. È quanto risulta da uno studio turco con-

dotto sulla popolazione generale, basato sui dati del Registro Tumori di Smirne, e relativo a 6.356 donne in cui la neoplasia mammaria era stata diagnosticata tra il 1992 e il 2002. In complesso, e rispetto alla popolazione generale, 88 donne (1,3%) hanno avuto un secondo cancro primitivo, diverso da quello del seno, contro i 49,8 casi attesi (rapporto standardizzato d'incidenza: 1,76; intervallo di confidenza al 95%, 1,43–2,2), con un eccesso di rischio assoluto di 86,9 per 100.000 anni-paziente. In 23 di queste donne (37,5%), il secondo cancro primitivo era ginecologico, rispetto agli 8,2 casi attesi: cancro endometriale in 21 casi, ovarico in 8, e della cervice uterina in 4.

(Gulhan I, et al. *Secondary gynecologic cancer after breast cancer in Turkish women*).

**Fattori di rischio familiari
di cancro dell'ovaio**

Due équipes danesi hanno cercato di precisare la relazione tra rischio di carcinoma ovarico e antecedenti familiari di cancro, confrontando al riguardo i familiari di primo grado di 653 donne che erano state colpite da una neoplasia ovarica e di 1.564 donne di controllo. Le informazioni relative a 2.152 madri, 1.925 padri, 2.562 sorelle e 805 fratelli sono state così incrociate con i dati del Registro tumori danese. I risultati mettono in evidenza un aumento del rischio di cancro dell'ovaio nelle donne con antecedenti familiari di tumori mammari e/od ovarici, o di neoplasie in genere. Essi indicano inoltre un effetto di riduzione del rischio di carcinoma ovarico dei contraccettivi orali, anche nelle donne con antecedenti familiari di tumori mammari e/od ovarici.

(Soegaard M, Fredriksen K, Jensen A, et al. *Risk of ovarian cancer in relation to cancer history among first-degree relatives*).

**Vaccino anti-HPV:
la posizione dell'ESGO**

Poiché i vaccini anti-HPV non proteggono contro tutte le fonti di oncogeni del papillomavirus umano (HPV, *Human Papilloma Virus*), l'*European Society of Gynaecological Oncology* (ESGO) raccomanda fermamente la prosecuzione di una politica di screening. Detto ciò, la scoperta di questi vaccini è un esempio in

materia di collaborazione tra università, industrie farmaceutiche e autorità sanitarie. Tuttavia, restano ancora numerose incognite, in particolare per quanto riguarda il futuro delle pazienti già infettate o addirittura di quelle che al momento della vaccinazione presentano già delle lesioni cervicali.

In queste condizioni, è logico sostenere il principio di una vaccinazione delle femmine di età compresa tra 9 e 13 anni. Prima di questa età, l'immunogenicità non è definita; oltre, e fino a 26 anni, le donne già sessualmente attive ne trarranno anch'esse beneficio, sia pure minore. Dopo i 26 anni, se una immunogenicità sembra esistere con uno dei vaccini, il valore clinico della vaccinazione non è chiaro. Infine, la vaccinazione va esclusa durante la gravidanza. Resta il problema (preoccupante) della disponibilità del vaccino nei Paesi meno sviluppati.

(ESGO Statement on Cervical Cancer Vaccination).

Alimentazione delle donne affette da cancro dell'ovaio

Uno studio prospettico australiano si è interessato alla relazione tra cancro ginecologico e rischio di malnutrizione in 145 pazienti. La valutazione nutrizionale era basata sul *Patient-Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA) e su un dosaggio dell'albumina sierica prima del trattamento. È risultato che 110 donne (80%) presentavano uno stato nutrizionale corretto (PG-SGA classe A), 29 (20%) erano considerate "moderatamente malnutrite" (PG-SGA classe B), e nessuna "gravemente malnutrita" (PG-SGA classe C). Gli Autori sottolineano come le pazienti affette da cancro dell'ovaio avessero un tasso di albumina più basso delle altre ($P = 0,003$) e dei punteggi PG-SGA più elevati ($P < 0,001$), e come quasi i $2/3$ di esse (67%) fossero malnutrite (PG-SGA classe B).

Dopo aggiustamento per età, indice di massa corporea (BMI, *Body Mass Index*) e livello basale di albumina, il rischio di malnutrizione era, rispetto alle altre neoplasie ginecologiche, 19 volte superiore in caso di cancro dell'ovaio (intervallo di confidenza al

95%, 3,03–129, 8; $P = 0,002$). Tra i fattori confondenti, la frequente presenza di etilismo, un deficit di acido folico e vitamina D, una radioterapia più anoressigena, una chemioterapia più emetizzante: tutti fattori che, in caso di cancro dell'ovaio, dovrebbero indurre i ginecologi a prendere sistematicamente in considerazione i problemi nutrizionali.

(Laky B, et al. Malnutrition among gynaecological patients).

Cancerogenesi cervicale: caccia aperta ai marker?

È possibile, con l'aiuto di marker biologici, definire i rischi di cancerogenesi cervicale? Al fine di appor- tare risposte a questo interrogativo, Kari Syrjänen e il suo gruppo hanno analizzato 150 casi di cancro del collo dell'utero e 152 di neoplasie intraepiteliali cervicali (CIN, *Cervical Intraepithelial Neoplasia*) con 13 marker biologici (marcatore immunocitochimico).

All'analisi multivariata sono stati identificati tre gruppi di marker: 5 marker indipendenti di CIN2 [E-caderina, ERK-1 (*Extracellular Regulated Kinase 1*), LR67, topo-2, VEGF-C (*Vascular Endothelial Growth Factor-C*)], 3 marker di HPV (*Human PapillomaVirus*) ad alto rischio oncogeno [survivina, p16INK4a, hTERT (*human TElomerase Reverse Transcriptase*)], e 2 marker di sopravvivenza in caso di cancro del collo dell'utero [nm23-H1, TIMP-2 (*Tissue Inhibitor of MetalloProteinases-2*)]. L'associazione VEGF-C/LR67 offre il migliore compromesso sensibilità/specificità per predire il rischio di CIN2, con un'area sotto la curva (AUC, *Area Under the Curve*) di 0,897, una sensibilità dell'86%, una specificità del 93,3%, un valore predittivo positivo del 99,1% e un valore predittivo negativo del 43,1%.

(Syrjänen KJ, et al. Predicting high-risk human papillomavirus (HPV) infection, progression of cervical intraepithelial neoplasia (CIN) and prognosis of cervical cancer with a panel of 13 biomarkers tested in multivariate modelling).